

CADERNO DE PROVA

P2

Clínica Médica

Endocrinologia, Gastreenterologia, Hepatologia,
Medicina Paliativa, Pneumologia e Reumatologia

Instruções



Confira o número que você obteve no ato da inscrição com o que está indicado no cartão-resposta.

* A duração da prova inclui o tempo para o preenchimento do cartão-resposta.

Para fazer a prova você usará:

- este **caderno de prova**.
- um **cartão-resposta** que contém o seu nome, número de inscrição e espaço para assinatura.

Verifique, no caderno de prova, se:

- faltam folhas e a sequência de questões está correta.
- há imperfeições gráficas que possam causar dúvidas.

Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade!

Atenção!

- Não é permitido qualquer tipo de consulta durante a realização da prova.
- Para cada questão são apresentadas 5 alternativas diferentes de respostas (a, b, c, d, e). Apenas uma delas constitui a resposta correta em relação ao enunciado da questão.
- A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo permitidas perguntas aos fiscais.
- Não destaque folhas da prova.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de prova completo e o cartão-resposta devidamente preenchido e assinado.



8 de novembro



40 questões



14 às 17h



3h de duração*

**PROCESSO
SELETIVO para
Residência
Médica 2021**



FEPese

FUNDAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICOS

Caso clínico

questões 1 e 2

Uma paciente feminina, 27 anos, com antecedente prévio de depressão, em uso de fluoxetina, é levada por seus familiares à emergência e na classificação de risco recebe a cor laranja (atendimento urgente), por apresentar déficit neurológico agudo. Na avaliação inicial focada para protocolo institucional de acidente vascular encefálico, os familiares relatam que a paciente iniciou há 8 horas com dificuldade para articular as palavras e há 3 horas com perda de força em membros à esquerda. Ao exame neurológico nessa avaliação focal, apresenta mímica facial preservada, força grau 4(–) em membro inferior esquerdo e grau 3 em membro superior esquerdo, além de reflexo cutâneo plantar em extensão à esquerda. No restante do exame físico da admissão apresentava pressão arterial de 123/74 mmHg; frequência cardíaca de 108 batimentos/minuto; frequência respiratória de 22 incursões/minuto; saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente; temperatura axilar de 38,8°C, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações; exame abdominal sem anormalidades; e extremidades aquecidas com perfusão capilar preservada. Após notar a presença de febre, foi verificada a ausência de sinais meníngeos e os familiares e a paciente foram interrogados sobre essa manifestação. Relatam que a paciente iniciou há aproximadamente 10 dias com episódios diários de calafrios e febre aferida com temperatura que variava de 38 a 39°C, mas negam sintomas respiratórios, urinários, lesões cutâneas e viagens internacionais ou para outras regiões do Brasil. Relatam que a paciente procurou atendimento médico 3 dias antes, quando teria realizado radiografia de tórax e exames laboratoriais (amostras de sangue e urina) que, segundo informações, seriam todos normais. Em seguida, a paciente realizou tomografia computadorizada de crânio que evidenciou três lesões hipodensas no hemisfério cerebral direito (cada uma com aproximadamente 1,2 cm em seu maior diâmetro), uma na região cápsula interna, uma acometendo parcialmente os núcleos da base e uma mais periférica na substância branca subcortical do lobo temporal, todas sem impregnação pelo meio de contraste.

No segundo dia de internação, a paciente evoluiu com desconforto respiratório. A paciente apresentou dispneia quando tentou sentar no leito, mas que rapidamente progrediu e passou a estar presente mesmo em repouso, associado a ortopneia intensa. Ao novo exame físico apresentava esforço inspiratório moderado, frequência respiratória de 34 incursões/minuto; saturação de oxigênio de 91% com oxigênio com-

plementar a 10L/min sob máscara com reservatório; pressão arterial 145/81mmHg; frequência cardíaca de 122 batimentos/minuto, turgência jugular; ausculta pulmonar com estertores finos difusos bilaterais; e ausculta cardíaca com ritmo regular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas, mas com sopro sistólico (+++/4) em foco mitral.

1. Assinale a alternativa **correta** em relação à causa mais provável do déficit neurológico apresentado pela paciente.

- a. ☐ Acidente vascular encefálico isquêmico por trombozes arteriais.
- b. ☒ Acidente vascular encefálico isquêmico por êmbolos sépticos.
- c. ☐ Abscessos cerebrais com transformações hemorrágicas.
- d. ☐ Neurotoxoplasmose aguda em paciente com imunocompetência ainda desconhecida.
- e. ☐ Abscessos cerebrais por disseminação hematogênica.

2. Assinale a alternativa **correta** com relação à causa do desconforto respiratório agudo apresentado pela paciente.

- a. ☒ Edema agudo de pulmão por insuficiência mitral aguda.
- b. ☐ Síndrome do desconforto respiratório agudo secundário a abscessos cerebrais.
- c. ☐ Síndrome do desconforto respiratório agudo secundário a pneumocistose pulmonar.
- d. ☐ Edema pulmonar neurogênico secundário a acidente vascular encefálico.
- e. ☐ Tromboembolismo pulmonar maciço em paciente com forame oval patente.

Caso clínico

questões 3 e 4

Considere um paciente masculino, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia e metformina 1500 mg/dia. Procurou a unidade de emergência pois iniciou há 1 dia com dispneia aos moderados esforços, que na última noite passou a estar presente mesmo em repouso, associada a ortopneia e dispneia paroxística noturna. Nega outros sintomas como febre, tosse, expectoração, dor torácica e dor/edema em membros inferiores. Ao exame físico apresenta diaforese moderada, fala entrecortada, discreta cianose de extremidades; turgência jugular em posição semirrecumbente; tiragens intercostais; frequência respiratória de 39 incursões/minuto, oximetria de pulso com saturação 81% em ar ambiente; pressão arterial de 189/101 mmHg; frequência cardíaca de 112 batimentos/minuto e temperatura axilar de 36,1°C. Na ausculta cardíaca apresentava ritmo irregular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas e sem sopros. Na ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular presente bilateralmente com estertores finos bilaterais em toda a extensão dos campos pulmonares.

3. Com relação à abordagem diagnóstica inicial do paciente descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ A tomografia computadorizada de tórax é o único exame suficientemente acurado para definir o diagnóstico.
- b. ☐ Uma dosagem negativa de D-dímero é insuficiente para descartar o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.
- c. ☒ A presença de deslizamento pleural e múltiplas linhas B bilateralmente no exame de ultrassom das zonas pulmonares anteriores pode confirmar o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico em poucos minutos.
- d. ☐ Uma dosagem normal do peptídeo natriurético tipo B descarta o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico e torna necessário a busca por outro diagnóstico.
- e. ☐ A ausência de linhas B no exame de ultrassom das zonas pulmonares anteriores exclui com segurança o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico.

4. Com relação ao diagnóstico clínico e o provável mecanismo fisiopatológico do quadro clínico descrito no caso, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ Edema pulmonar agudo de causa cardíaca, caracterizado por sinais de congestão pulmonar e intensa ativação simpática. O principal mecanismo fisiopatológico é a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com retenção de sódio e água e consequente hipervolemia.
- b. ☐ Edema pulmonar não cardiogênico, caracterizado por hipoxemia intensa em contexto de doença infecciosa ou inflamatória. O principal mecanismo fisiopatológico é o aumento da permeabilidade capilar pulmonar e consequente exsudação de plasma para os alvéolos pulmonares.
- c. ☐ Insuficiência cardíaca crônica agudizada, caracterizada pela presença de dispneia aguda e edema pulmonar em um paciente com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca. O principal mecanismo fisiopatológico é a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com retenção crônica de sódio e água e consequente hipervolemia.
- d. ☐ Tromboembolismo pulmonar, caracterizado por quadro súbito de dispneia na ausência de outra hipótese diagnóstica plausível. O principal mecanismo fisiopatológico é oclusão extensa da circulação pulmonar, e consequente aumento do espaço morto fisiológico.
- e. ☒ Edema pulmonar agudo de causa cardíaca, caracterizado por sinais de congestão pulmonar e intensa ativação simpática. O principal mecanismo fisiopatológico é a vasoconstrição venosa e arterial difusa com o aumento do volume sanguíneo estressado (volume circulante efetivo) e consequente sobrecarga do ventrículo esquerdo.

Caso

questões 5 e 6

Analise a tabela abaixo:

Exames laboratoriais iniciais dos pacientes atendidos no Serviço de Hepatologia

Exames	Pacientes avaliados				
	P1	P2	P3	P4	P5
ALT (U/L)	23	1433	123	1243	3913
AST (U/L)	39	982	265	1005	2809
FA (U/L)	56	172	98	91	231
γ-GT (U/L)	45	134	580	133	451
Bilirrubinas totais (mg/dL)	2,9	8,9	2,1	9,3	11,2
Bilirrubina direta (mg/dL)	0,3	7,2	1,5	8,0	9,4
Albumina sérica (g/dL)	4,1	3,6	2,8	3,5	3,3
TAP (INR)	0,9	1,0	1,7	0,9	2,3
HBsAg	-	+	-	-	+
Anti-HBc total	-	+	-	+	+
Anti-HBc IgM	-	+	-	-	+
Anti-HBs	+	-	-	+	-
Anti-HCV	-	-	-	-	-

Abreviações: ALT = alanina aminotransferase; AST = aspartato aminotransferase; FA = fosfatase alcalina; γ-GT = gama glutamil-transferase; TAP = tempo de protrombina; INR = índice normatizado internacional; HBsAg = antígeno de superfície do vírus B; Anti-HBc = anticorpo contra o antígeno central do vírus B; Anti-HBs = anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus B; anti-HCV = anticorpo contra o vírus C.

5. Com relação aos padrões laboratoriais apresentados na tabela, assinale a alternativa que contém os pacientes com padrão laboratorial de hepatite B aguda:

- a. ☐ Pacientes 1 e 2.
- b. ☐ Pacientes 1 e 5.
- c. ☐ Pacientes 2 e 4.
- d. ☒ Pacientes 2 e 5.
- e. ☐ Pacientes 4 e 5.

6. Assinale a alternativa **correta** com relação aos padrões laboratoriais apresentados na tabela e a conduta terapêutica indicada:

- a. ☐ O paciente 1 apresenta padrão laboratorial compatível com síndrome de Gilbert, porém não é possível descartar anemia hemolítica, há indicação de corticoterapia.
- b. ☐ O paciente 2 apresenta padrão laboratorial compatível com hepatite B crônica, necessita dosar carga viral e iniciar terapia antiviral.
- c. ☐ O paciente 3 apresenta padrão laboratorial compatível com hepatite viral crônica, porém com marcadores negativos, necessita dosar cargas virais para vírus B e C, para então propor o tratamento.
- d. ☐ O paciente 4 apresenta padrão laboratorial compatível com hepatite B crônica com mutação pré-core, necessita dosar antígeno HBe e iniciar terapia antiviral.
- e. ☒ O paciente 5 apresenta padrão laboratorial compatível com hepatite aguda fulminante, necessita de terapia antiviral e é candidato a transplante hepático.

7. Considere um paciente masculino, 60 anos, encaminhado ao ambulatório com suspeita clínica de hepatopatia crônica. Relata ter iniciado há 4 meses com icterícia discreta, que se associou a edema de membros inferiores, aumento moderado do volume abdominal, além de astenia progressiva. Nega outros sintomas. Relata atendimento em unidade de emergência 4 dias antes, com realização de paracentese, porém não traz exames da análise do líquido ascítico. Ao exame físico apresenta icterícia (++)/4; aranhas vasculares em região torácica anterior; ginecomastia bilateral moderada; ausência de *flapping*; aparentemente hipotrofia muscular em membros; frequência cardíaca com 87 batimentos/minutos; pressão arterial de 102/65 mmHg; ausculta cardiopulmonar sem alterações; abdômen semigloboso, com marca compatível com cicatriz de paracentese recente em fossa ilíaca esquerda, ruídos hidroaéreos presentes, maciez móvel presente em ambos os flancos, sem vísceras palpáveis. Traz os seguintes exames laboratoriais: hemograma com hemoglobina de 12,2 g/dL; leucócitos de 6540/mm³; plaquetas de 96.000/mm³; alanina aminotransferase (ALT) de 302 U/L; aspartato aminotransferase (AST) de 201 U/L; bilirrubinas totais de 2,6 mg/dL; bilirrubina direta de 2,1 mg/dL; albumina sérica de 2,6 g/dL; índice normatizado internacional do tempo de protrombina de 1,6; antígeno HBs não reagente; anticorpos totais anti-HBc não reagente; anticorpos anti-HBs negativo; anticorpos anti-HCV reagente e anticorpos anti-HAV (IgM e IgG) não reagentes.

Assinale a alternativa com a conduta adequada para essa primeira consulta ambulatorial.

- a. ☐ Realizar paracentese diagnóstica para avaliar gradiente albumina soro-ascite e descartar peritonite bacteriana espontânea; prescrever imunoglobulina contra o vírus B e vacina para o vírus A, solicitar endoscopia digestiva alta para screening de varizes esofágicas; solicitar alfa-feto-proteína e ultrassonografia abdominal para screening de hepatocarcinoma; e iniciar ribavirina e interferon peguilado para tratamento da hepatite C crônica.
- b. ☐ Realizar paracentese diagnóstica para avaliar gradiente albumina soro-ascite; prescrever imunização contra vírus A e B; solicitar biópsia hepática para estadiamento histopatológico da hepatopatia; iniciar entecavir para tratamento da hepatite C crônica; iniciar beta-bloqueador para profilaxia de sangramento de varizes esofágicas; solicitar tomografia computadorizada para screening de hepatocarcinoma.
- c. ☒ Resgatar resultado da análise laboratorial do líquido ascítico para avaliar gradiente de albumina soro-ascite e descartar peritonite bacteriana espontânea; orientar dieta hipossódica; solicitar pesquisa do RNA do vírus C; prescrever imunização contra hepatite A e B; solicitar endoscopia digestiva alta para screening de varizes esofágicas; e solicitar alfa-feto-proteína e ultrassonografia abdominal para screening de hepatocarcinoma.
- d. ☐ Resgatar resultado da análise laboratorial do líquido ascítico para avaliar gradiente de albumina soro-ascite e descartar peritonite bacteriana secundária; introduzir terapia diurética, iniciar ribavirina e interferon peguilado para tratamento da hepatite C crônica e iniciar lactulose para tratamento da encefalopatia hepática.
- e. ☐ Encaminhar para o ambulatório de ascite refratária para paracentese semanal; incluir o paciente em programa de ligadura elástica de varizes esofágicas; prescrever imunização contra hepatite A e C; solicitar tomografia computadorizada de abdômen para screening de hepatocarcinoma e iniciar lactulose para tratamento da encefalopatia hepática.

8. Considere uma paciente feminina, 25 anos, internada há 10 dias, com suspeita de nefrite lúpica e perda de função renal, em uso de prednisona 60 mg/dia desde o segundo dia da internação e há 1 dia iniciou pulso-terapia com corticosteroide endovenoso. Há 1 dia, após a primeira dose da pulso-terapia, iniciou febre, porém sem outras manifestações ou anormalidades no exame clínico e laboratorial daquele dia. Foi colhido material para culturas (sangue e urina) e iniciado empiricamente cefepima 2 g em três doses diárias. Na manhã seguinte a paciente apresenta frequência cardíaca de 128 batimentos/minutos, pressão arterial de 78/41 mmHg e enchimento capilar lentificado (> 4 segundos) e o laboratório entra em contato relatando crescimento de bacilo Gram negativo em 4 amostras de hemocultura do dia anterior.

Considerando o caso relatado, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ A ausência de infiltrados pulmonares e de eosinofilia exclui uma infestação disseminada por *Strongiloides* em pacientes imunossuprimidos; deve-se ampliar o espectro antibiótico para Gram negativos.
- b. ☒ Sepsis por Gram negativos é uma consequência grave da *Strongiloidíase* disseminada em pacientes imunossuprimidos. Deve-se suspender a pulsoterapia, ampliar o espectro antibiótico para Gram negativos e iniciar terapia antihelmíntica se essa ainda não foi realizada.
- c. ☐ Antes de considerar uma complicação infecciosa, deve-se descartar a atividade inflamatória do lúpus como causa da febre, mantendo a pulsoterapia e a cobertura antibiótica atual.
- d. ☐ Deve-se ampliar o espectro antibiótico já que a paciente evoluiu com sinais de sepsis, mesmo após iniciar cefepima; porém não há motivo para suspender a pulsoterapia.
- e. ☐ Complicações infecciosas são causas comuns de morbimortalidade em pacientes com doença renal aguda. A paciente deve ser transferida a unidade de terapia intensiva para iniciar a ressuscitação volêmica e hemodinâmica, e hemodiálise.

9. Relacione abaixo as diferentes manifestações cutâneas com os seus respectivos diagnósticos associados.

Coluna 1 Manifestações cutâneas

1. Pioderma gangrenoso
2. Dermatite herpetiforme
3. Eritema nodoso
4. Lesões de Janeway
5. Eritema marginado
6. Acanthose *nigricans*

Coluna 2 Diagnósticos

- () Doença celíaca
- () Febre reumática
- () Endocardite infecciosa
- () Síndrome dos ovários policísticos
- () *Streptococcus*
- () Sarcoidose
- () Doença inflamatória intestinal
- () Diabetes melito tipo 2

Assinale a alternativa que indica a sequência **correta**, de cima para baixo.

- a. ☐ 1 • 2 • 3 • 2 • 3 • 5 • 4 • 6
- b. ☐ 1 • 3 • 3 • 6 • 5 • 1 • 2 • 6
- c. ☐ 2 • 3 • 4 • 6 • 5 • 3 • 1 • 6
- d. ☒ 2 • 5 • 4 • 6 • 3 • 3 • 1 • 6
- e. ☐ 3 • 4 • 5 • 2 • 3 • 1 • 6 • 1

10. Quanto às doenças que se manifestam com lesões cutâneas bolhosas, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ O pénfigoide bolhoso é uma doença autoimune causada com predomínio da resposta celular tardia – reação de hipersensibilidade tipo 4.
- b. ☐ O comprometimento de mucosas é raro na necrólise epidérmica tóxica, falando a favor de pénfigo vulgar como a principal hipótese diagnóstica.
- c. ☐ A Síndrome de Stevens-Johnson apresenta boa resposta com a corticoterapia, que deve ser iniciada assim que o diagnóstico for suspeito.
- d. ☐ Infecções secundárias são incomuns nas doenças bolhosas da pele; infecções de outros órgãos, relacionadas à imunossupressão, são as complicações mais frequentes.
- e. ☒ O pénfigo vulgar é uma doença autoimune que se caracteriza por descolamento superficial da epiderme.

11. Relacione abaixo os diferentes padrões de acometimento articular com os seus respectivos diagnósticos associados.

Coluna 1 Acometimento articular

1. Poliartrite de pequenas articulações
2. Oligoartrite de grandes e médias articulações
3. Monoartrite de grande articulação
4. Poliartrite aditiva
5. Podagra
6. Oligoartrite migratória

Coluna 2 Diagnósticos

- () Artrite reativa
- () Artrite reumatoide
- () Gota
- () Artrite por *Staphylococcus aureus*
- () Artrite por *Neisseria gonorrhoea*
- () Febre reumática
- () Espondiloartrite indiferenciada

Assinale a alternativa que indica a sequência **correta**, de cima para baixo.

- a. ☒ 2 • 1 • 5 • 3 • 4 • 6 • 2
- b. ☐ 2 • 6 • 3 • 4 • 3 • 5 • 1
- c. ☐ 4 • 1 • 5 • 3 • 1 • 6 • 2
- d. ☐ 6 • 1 • 5 • 5 • 4 • 2 • 7
- e. ☐ 6 • 6 • 3 • 4 • 7 • 2 • 6

12. Em relação ao Código de Ética Médica, é **correto** afirmar:

- a. ☐ É direito do médico se recusar a realizar atos médicos que, embora legais, sejam contrários aos ditames de sua consciência, mesmo havendo risco de morte.
- b. ☐ É direito do médico não comparecer ao plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto.
- c. ☒ Em caso de enfermidades incuráveis e terminais, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis.
- d. ☐ É permitido revelar sigilo profissional em redes sociais desde que sejam de acesso apenas a profissionais médicos.
- e. ☐ É permitido ao médico participar de comercialização de órgãos desde que devidamente registrado na central de transplantes de seu Estado.

13. Assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ A manifestação mais comum da síndrome anti-membrana basal são lesões cutâneas bolhosas por descolamento da epiderme.
- b. ☐ A mononeurite múltipla é uma manifestação comum entre as diferentes vasculites, mas necessita ser diferenciada de outras causas de neuropatia, como a neuropatia diabética.
- c. ☐ Os vírus hepatotrópicos podem ter papel na fisiopatologia das vasculites, como a infecção pelo vírus B na crioglobulinemia e do vírus C na poliarterite nodosa.
- d. ☒ Entre o diagnóstico diferencial da síndrome pulmão-rim estão vasculites de pequenos vasos, como a poliarterite com granulomatose, a poliarterite microscópica, mas também doenças infecciosas como a leptospirose.
- e. ☐ As vasculites cutâneas, manifestadas por púrpura palpável, representam um alerta de gravidade nas vasculites de hipersensibilidade, mas são manifestações comuns e sem gravidade nas doenças sistêmicas como artrite reumatoide e lúpus eritematoso.

14. O controle impecável de sintomas é um dos princípios centrais dos cuidados paliativos.

Assinale a alternativa **correta** em relação ao assunto.

- a. ☒ A fadiga é o sintoma mais comum em cuidados paliativos.
- b. ☐ A dor é sintoma comum em pacientes portadores de doenças terminais e apresenta má resposta aos opioides.
- c. ☐ Pró-cinéticos e dexametasona são os medicamentos de escolha para tratamento de náuseas e vômitos associados à obstrução intestinal maligna.
- d. ☐ Os laxativos osmóticos são considerados a terapia padrão no tratamento da constipação associada ao uso de opioides.
- e. ☐ Compõem a tríade de medicamentos para o tratamento do delirium do final de vida: neuro-lépticos, corticoesteroides e anticolinérgicos.

15. Assinale a alternativa **correta** em relação à dispneia.

- a. ☐ A gasometria arterial é o exame padrão ouro no diagnóstico de dispneia.
- b. ☐ O uso de opioides é contraindicado em pacientes com dispneia devido à neoplasia pulmonar avançada.
- c. ☐ A Ventilação Não Invasiva é especialmente efetiva no controle da dispneia de pacientes portadores de linfangite carcinomatosa.
- d. ☒ Pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica frequentemente relatam isolamento social como consequência da redução das atividades imposta pela dispneia.
- e. ☐ A oxigenoterapia está associada à melhora da dispneia e melhora da sobrevida tanto em pacientes hipoxêmicos quanto em não hipoxêmicos.

16. Complicações associadas ao uso de múltiplos medicamentos tais como potencialização de efeitos adversos, baixa aderência e uso de doses inadequadas são comuns, especialmente em idosos. A redução da polifarmácia, portanto, faz parte do bom cuidado.

Assinale a alternativa **correta** em relação ao assunto.

- a. ☐ A insulina raramente causa eventos adversos em idosos.
- b. ☐ A presença de multimorbidades não aumenta o risco de interações medicamentosas quando as doses estão ajustadas às disfunções orgânicas.
- c. ☐ A presença de múltiplos prescritores reduz o risco de complicações associadas à polifarmácia (princípio do double-checking).
- d. ☐ A descontinuação abrupta de medicamentos como benzodiazepínicos, clonidina, memantina, antidepressivos e betabloqueadores costumam ser bem toleradas por idosos.
- e. ☒ A redução do risco de quedas, a melhora da função cognitiva e a redução do risco de hospitalizações de idosos são alguns dos objetivos da desprescrição.

17. Uma paciente de 80 anos, IMC de 21 kg/m², apresenta baixa aceitação alimentar, perda de peso, perda de massa muscular e redução da força muscular. Antes de seu esposo morrer há um ano apresentava IMC de 27 kg/m². Desde então mora sozinha, sai pouco de casa e refere falta de apetite e alteração de paladar. Apresentou duas internações nos últimos seis meses: a primeira para tratamento de uma pneumonia e a segunda devido a uma trombose venosa profunda.

Assinale a alternativa **correta** em relação ao caso.

- a. ☐ Apesar da perda de peso acentuada, o peso atual é mais saudável para a paciente.
- b. ☐ O acetato de megestrol é o orexígeno de escolha para a paciente descrita.
- c. ☒ Atividade inflamatória mediada por citocinas, resistência a insulina e aumento da proteólise muscular caracterizam a caquexia, sendo essa uma síndrome frequentemente resistente a intervenção nutricional.
- d. ☐ A idade e baixa funcionalidade da paciente contraindicam a investigação para a presença de doença oncológica.
- e. ☐ O planejamento de uma gastrostomia está indicado caso não haja boa resposta a suplementação calórico-proteica via oral.

18. Assinale a alternativa **correta** em relação ao Herpes Zoster.

- a. ☒ A dor é o sintoma mais comum.
- b. ☐ A transmissão ocorre apenas por meio do contato direto com qualquer lesão de pele.
- c. ☐ Decorre da reativação do vírus do sarampo que permanece em latência.
- d. ☐ A incidência é duas vezes maior entre indivíduos HIV positivos do que entre os soronegativos para HIV.
- e. ☐ Caracteriza-se por lesões cutâneas que antecedem o aparecimento de febre e dor de padrão neuropático.

19. Assinale a alternativa **correta** em relação ao Mieloma Múltiplo.

- a. ☐ São características típicas: anemia, lesões ósseas líticas, hipocalcemia e insuficiência renal.
- b. ☒ Talidomida, melfalano e prednisona são medicamentos que podem fazer parte do tratamento.
- c. ☐ A síndrome mielodisplásica, o plasmocitoma e a macroglobulinemia de Waldenström são os principais diagnósticos diferenciais.
- d. ☐ É uma gamaglobulinemia monoclonal que acomete principalmente idosos, sendo menos comum em negros do que brancos.
- e. ☐ A taxa média de cura após o transplante autólogo é de 65%.

20. Uma paciente de 32 anos está internada em UTI há 10 dias para tratamento de uma pneumonia que se seguiu a um quadro viral e necessita a inserção de um cateter venoso central. Desde a admissão apresenta contagem de plaquetas variando entre 52.000 a 71.000/mm³.

Assinale a alternativa **correta** em relação ao caso.

- a. ☐ Possível gestação e síndrome antifosfolípideo são as duas causas mais prováveis da trombocitopenia apresentada pela paciente.
- b. ☐ Uma transfusão de plaquetas deve ser feita antes da punção do acesso central devido ao risco elevado de sangramento imposto pela associação de trombocitopenia e doença viral.
- c. ☐ A correlação entre contagem de plaquetas e risco de sangramento é linear, de forma que nesse caso sangramentos espontâneos são possíveis mas não prováveis.
- d. ☒ A trombocitopenia persistente está associada, mas não é a causa, de maior mortalidade em pacientes críticos.
- e. ☐ A administração de corticoides sistêmicos para tratamento da trombocitopenia é recomendada pela Surviving Sepsis Campaign.

21. Em relação aos antidepressivos, é **correto** afirmar:

- a. ☐ A sertralina deve ser evitada em transtornos de ansiedade.
- b. ☒ O citalopram e o escitalopram apresentam risco de prolongamento de QT dose dependente.
- c. ☐ A mirtazapina, por seus efeitos anorexígenos, é opção para pacientes obesos.
- d. ☐ A bupropiona deve ser evitada em pacientes com disfunção sexual.
- e. ☐ A fluoxetina é um antidepressivo atípico contraindicado em pacientes menores de 18 anos e maiores de 65 anos.

22. Assinale a alternativa **correta** quanto ao *delirium*.

- a. ☐ Sepsis e a síndrome paraneoplásica são as duas causas mais frequentes de delirium em pacientes oncológicos.
- b. ☐ Benzodiazepínicos são medicamentos de primeira escolha no controle do delirium misto.
- c. ☐ O uso profilático de haloperidol em baixas doses reduz a ocorrência de delirium em pacientes de alto risco.
- d. ☒ Infecções, dor e mesmo constipação podem desencadear delirium em idosos frágeis.
- e. ☐ A risperidona é contraindicada no tratamento do delirium em pacientes com história de eventos isquêmicos cerebrais e portadores de Doença de Parkinson.

23. Considere uma paciente feminina, 60 anos, internada na unidade de terapia intensiva devido a um hematoma intracerebral extenso com inundação ventricular. Não foi possível a drenagem cirúrgica, sendo colocado um cateter intraventricular para monitoração da pressão intracraniana. Apresenta elevação sustentada da pressão intracraniana (PIC = 35 mmHg).

Assinale a alternativa com a conduta mais efetiva para redução imediata da PIC no caso descrito.

- a. ☒ Drenagem líquórica
- b. ☐ Manitol endovenoso em bolus
- c. ☐ Sedação com opioide em bolus
- d. ☐ Solução salina hipertônica em bolus
- e. ☐ Hiperventilação com Pco2 alvo de 20 mmHg

24. Assinale a alternativa **correta** quanto aos medicamentos utilizados na sequência rápida de intubação orotraqueal.

- a. ☐ O propofol é contraindicado em pacientes com intervalo QT prolongado.
- b. ☐ O etomidato possui propriedades analgésicas e sedativo-hipnóticas, caracterizando-se pelo baixo impacto hemodinâmico.
- c. ☒ Propofol e etomidato são boas opções de sedativos para pacientes que apresentam status epilepticus.
- d. ☐ O midazolam é o medicamento de escolha em intubações difíceis devido ao rápido início de ação e ao seu efeito prolongado.
- e. ☐ A cetamina é contraindicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica e em pacientes com hipertensão intracraniana.

25. Em relação às medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde recomendadas pela ANVISA, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ A traqueostomia precoce reduz o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica.
- b. ☐ O tempo de antibioticoterapia profilática pós-operatória não deve exceder 24 horas.
- c. ☐ Recomenda-se a monitoração rotineira de bacteriúria assintomática em pacientes com sondagem vesical.
- d. ☐ A higienização das mãos com água e sabão é preferível à higienização com preparações alcoólicas a 70%.
- e. ☒ O preparo da pele para a inserção do cateter central de curta permanência deve ser feito com solução alcoólica de gliconato de clorohe-xidina > 0,5%.

26. Um paciente de 41 anos apresenta febre, tosse produtiva e dispneia de início há 5 dias. É soropositivo para HIV, relata uso nem sempre regular de terapia antirretroviral. Sua contagem de linfócitos CD4 era de 480 céls/microL há 10 dias. A radiografia de tórax revela a presença de um infiltrado em lobo inferior direito.

Assinale a alternativa com o diagnóstico mais provável.

- a. ☐ Tuberculose
- b. ☐ Histoplasmoze
- c. ☐ Pneumonite química
- d. ☒ Pneumonia bacteriana
- e. ☐ Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*

27. Paciente feminina, 21 anos, antecedentes de transtorno bipolar, é trazida por familiares à emergência por suspeita de intoxicação exógena. Foi encontrada inconsciente há cerca de 1 hora. Apresentou 2 crises convulsivas durante o trajeto ao hospital. Encontradas junto à paciente cartelas vazias de venlafaxina, carbamazepina, bupropiona e propranolol. À admissão ao hospital a paciente encontrava-se em coma, pontuando 7 na Escala de Coma de Glasgow (AO1, RV1, RM5), pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits neurológicos focais; apresentou nova crise convulsiva generalizada.

Em relação às crises convulsivas no contexto da intoxicação exógena, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☒ Podem ser causadas pela venlafaxina, carbamazepina e bupropiona.
- b. ☐ O tratamento anticonvulsivante deve ser com fenitoína.
- c. ☐ Barbitúricos são contraindicados para o tratamento das convulsões nesse contexto.
- d. ☐ Deve ser investigada outra causa para as convulsões pois as medicações encontradas não causam convulsões.
- e. ☐ O mecanismo causal das convulsões é a ativação dos receptores gabaérgicos determinada pelas medicações ingeridas.

28. Paciente masculino, 75 anos, chega ao hospital com discreta hemiparesia a esquerda iniciada 6 horas antes. A tomografia computadorizada de crânio mostrou pequena área isquêmica aguda em região de cápsula interna direita.

Em relação à antiagregação plaquetária nesse paciente, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ Está indicada a associação de ácido acetilsalicílico e clopidogrel.
- b. ☐ Inibidor de glicoproteína IIb/IIIa pode ser usado com segurança na fase aguda do AVCi.
- c. ☒ É recomendado o início de ácido acetilsalicílico dentro de 48 horas.
- d. ☐ Nenhum antiagregante é efetivo em prevenir a recorrência do AVCi na fase aguda.
- e. ☐ Ticlopidina, clopidogrel e dipiridamol têm igual efetividade em comparação à aspirina na fase aguda do AVCi.

29. Considere um paciente masculino, 86 anos, com suspeita de acidente vascular cerebral hemorrágico. Logo após a admissão na emergência é realizada uma angiotomografia de crânio que evidencia um hematoma intracerebral com volume estimado de 25 mL, localizado em região temporal D, ventrículos sem alterações e presença de *spot sign* na fase contrastada.

O que indica o *spot sign*?

- a. ☐ Melhor prognóstico funcional.
- b. ☐ Sinal sugestivo do hematoma do hipertenso.
- c. ☐ Necessidade de tratamento cirúrgico imediato.
- d. ☐ Possível má-formação arteriovenosa como causa do sangramento.
- e. ☒ Maior risco de expansão do sangramento nas próximas horas.

30. Paciente masculino, 80 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2, apresentou quadro de hemorragia digestiva alta devido à úlcera duodenal, evoluindo com choque hemorrágico. Foi realizada ressuscitação volêmica e o sangramento foi controlado. No dia seguinte o paciente encontra-se na unidade de terapia intensiva, necessitando suporte vasopressor com nora-drenalina 0,7 mcg/kg/min com pressão arterial de 111/69 mmHg e frequência cardíaca de 110 batimentos/minuto. O débito urinário nas últimas 18 horas foi de 0,4 mL/kg/h.

Em relação à injúria renal aguda no caso apresentado, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ Segundo a classificação RIFLE, o quadro é de falência renal.
- b. ☒ O paciente apresenta injúria renal aguda em estágio 2 segundo a classificação KDIGO.
- c. ☐ Não é possível classificar a injúria renal aguda sem o valor da creatinina sérica.
- d. ☐ Não haverá progressão da injúria renal aguda porque o sangramento foi controlado.
- e. ☐ Na resposta compensatória inicial à injúria renal descrita, ocorreu vasoconstricção das arteríolas renais aferentes para a manutenção da taxa de filtração glomerular.

31. Paciente masculino, com obesidade mórbida (índice de massa corpórea de 42 kg/m²), é encaminhado ao ambulatório de nefrologia devido a exame de urina de 24 horas demonstrando proteinúria de 4 g e creatinina sérica de 2,2 mg/dL. Ao exame físico não apresenta sinais de congestão pulmonar ou edema periférico. Pressão arterial de 140/90 mmHg.

Assinale a alternativa com etiologia mais provável da proteinúria no caso acima descrito.

- a. ☐ Amiloidose AA
- b. ☐ Nefropatia membranosa
- c. ☒ Glomeruloesclerose segmentar e focal
- d. ☐ Glomerulonefrite membranoproliferativa
- e. ☐ Nefropatia por lesões mínimas

32. Paciente masculino, 28 anos, com diagnóstico de leptospirose, evolui com insuficiência respiratória aguda. A radiografia de tórax mostra infiltrado pulmonar difuso bilateral. O paciente é submetido a intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

Dados antropométricos:

Altura: 178 cm ; Peso Real: 90 kg ; Peso predito: 76 kg

Parâmetros de ventilação mecânica: modo volume controlado (VCV) com volume corrente de 460 mL; frequência respiratória programada em 22 incursões/minuto; relação inspiração:expiração de 1:2; fração inspirada oxigênio (FiO_2) de 0,6; pressão expiratória final positiva (PEEP) de 10 cmH₂O; pressão de pico inspiratório de 42 cmH₂O; pressão de platô inspiratório de 36 cmH₂O; e *driving pressure* de 16cm H₂O.

Gasometria arterial nos parâmetros ventilatórios acima: pH 7,32; Pco_2 = 42 mmHg; PO_2 = 126 mmHg. Saturação de O₂ = 98%; e HCO_3^- = 18 mEq/dL.

Tabela 1 – PEEP *versus* FiO_2

PEEP (cmH ₂ O)	FiO_2	PEEP (cmH ₂ O)	FiO_2
5	0,3	12	0,7
5	0,4	14	0,7
8	0,4	14	0,8
8	0,5	14	0,9
10	0,5	16	0,9
10	0,6	18	0,9
10	0,7	18-24	1

Qual ajuste pode ser feito na ventilação mecânica, levando-se em conta a estratégia ventilatória protetora?

- ☐ Aumentar a PEEP para 12 cmH₂O.
- ☒ Reduzir volume corrente para 4 mL/kg peso predito e aumentar a frequência respiratória para 30 incursões/minuto.
- ☐ Aumentar frequência respiratória para 30 incursões/minuto e passar a relação inspiração:expiração para 1:3.
- ☐ Realizar manobra de recrutamento alveolar.
- ☐ Mudar o modo ventilatório para pressão controlada.

33. Assinale a alternativa **correta** sobre a terapêutica medicamentosa dos indivíduos portadores de diabetes *mellitus* do tipo 2 (DM2):

- ☒ Em indivíduos com insuficiência cardíaca estável, a metformina pode ser continuada para redução da glicose se apresentar doença renal até estágio 3B, mas deve ser evitada em pacientes instáveis ou hospitalizados com insuficiência cardíaca.
- ☐ Em indivíduos com doença renal estágio 4 e hemoglobina glicada acima da meta, o uso de inibidor da DPP4 (gliptinas) ou análogo do GLP1 são contraindicados como forma de tratamento.
- ☐ Em indivíduos com doença renal estágio 3A e com hemoglobina glicada acima da meta, a terapia tripla com metformina, inibidor da SGLT2 (gliflozinas) e análogo do GLP1 não é recomendada com o objetivo de redução de desfechos renais.
- ☐ Em indivíduos com insuficiência cardíaca e fração de ejeção inferior a 40%, a combinação de metformina com inibidor da SGLT2 (gliflozinas) é recomendada para controle glicêmico, para redução da mortalidade cardiovascular, mas sem impacto na redução do número de interações por insuficiência cardíaca.
- ☐ Em indivíduos portadores de DM2 e doença aterosclerótica já estabelecida, é recomendado o uso preferencialmente de medicamentos que reduzem risco cardiovascular como o inibidor da SGLT2 (gliflozinas) ou análogo do GLP1, independentemente da taxa de filtração glomerular.

34. Indivíduos tratados com amiodarona podem apresentar alterações nos testes de função tireoidiana.

Sobre essas possíveis alterações, assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ Embora incomum, o hipotireoidismo pode estar associado ao uso de amiodarona e seu aparecimento é chamado de efeito Jod-Basedow.
- b. ☐ Pacientes com doença autoimune da tireoide subjacente estão em maior risco de hipertireoidismo induzido por amiodarona devido à falha em escapar do efeito Wolff-Chaikoff.
- c. ☒ Na tireotoxicose induzida pela amiodarona do tipo II, o hipertireoidismo decorre da tireoidite destrutiva que resulta em liberação excessiva de T4 e T3, sem aumento da síntese hormonal.
- d. ☐ Nas áreas geográficas suficientes de iodo a principal alteração tireoidiana induzida pela amiodarona é a tireotoxicose do tipo III por liberação excessiva de T4 e T3.
- e. ☐ Pacientes com bócio multinodular preexistente ou doença de Graves latente apresentam risco aumentado de tireotoxicose induzida por amiodarona do tipo I, uma vez que o excesso de iodo bloqueia a síntese do hormônio tireoidiano.

35. O hipogonadismo masculino funcional é causado por condições que suprimem as concentrações de gonadotrofinas e de testosterona, mas que são potencialmente reversíveis com o tratamento da etiologia subjacente.

São causas de hipogonadismo masculino funcional:

1. Síndrome de Klinefelter.
2. Hiperprolactinemia.
3. Uso de glicocorticoides e opioides.
4. Obesidade grave.
5. Atividade física excessiva e deficiência nutricional.

Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas **corretas**.

- a. ☐ São corretas apenas as afirmativas 1 e 4.
- b. ☐ São corretas apenas as afirmativas 4 e 5.
- c. ☐ São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 5.
- d. ☐ São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 5.
- e. ☒ São corretas apenas as afirmativas 2, 3, 4 e 5.

36. Com relação à síndrome de secreção inadequada de hormônio antidiurético (SIADH), assinale a alternativa **correta**.

- a. ☐ A SIADH deve ser suspeitada em pacientes com hiponatremia, hiperosmolalidade sérica e osmolalidade urinária baixa.
- b. ☐ Na SIADH associada à infecção pelo HIV, o volume urinário está baixo, a concentração de sódio e a osmolalidade urinária estão baixas e a concentração sérica de sódio está elevada.
- c. ☐ Neoplasias, como carcinoma de pequenas células pulmonar, podem promover produção ectópica de hormônio antidiurético e, consequentemente, induzir hipernatremia e osmolalidade urinária elevada.
- d. ☐ Procedimentos cirúrgicos do sistema nervoso central são frequentemente associados à hipersecreção de hormônio antidiurético, resposta que provavelmente é mediada por aferentes de dor, resultando em hipernatremia, osmolalidade sérica reduzida e osmolalidade urinária elevada.
- e. ☒ Distúrbios do sistema nervoso central, incluindo acidente vascular cerebral, hemorragia, infecção, trauma e psicose podem aumentar a liberação de hormônio antidiurético e promover hiponatremia e osmolalidade plasmática reduzida.

37. Paciente com derrame pleural volumoso foi submetido a toracocentese e o líquido pleural evidenciou os seguintes resultados: desidrogenase láctica de 350 U/L (sérica = 180 U/L); proteínas totais de 2,9 g/dL (séricas = 4,5 g/dL); citologia diferencial com 85% de linfomononucleares, 5% de polimorfonucleares e 10% de células mesoteliais; e adenosina deaminase de 18 U/L.

Considerando o caso descrito, assinale a alternativa com a conduta recomendada.

- a. ☐ Drenagem torácica em selo d'água.
- b. ☐ Mediastinoscopia para estadiamento linfonodal.
- c. ☐ Broncofibroscopia com lavado broncoalveolar para citologia diferencial.
- d. ☒ Repetir toracocentese para pesquisa de citologia oncológica no líquido pleural.
- e. ☐ Repetir toracocentese para pesquisa e cultura de fungos.

38. Paciente masculino, 44 anos, sem comorbidades, iniciou há 7 dias com cansaço aos pequenos esforços e febre. Ao exame apresenta frequência respiratória de 22 incursões/minuto; frequência cardíaca de 88 batimentos/minuto; pressão arterial de 127/67 mmHg; e oximetria de pulso com saturação de 84% em ar ambiente. Evolui com esforço ventilatório, necessitando intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A tomografia computadorizada de tórax mostrou infiltrado pulmonar em vidro fosco predominantemente periférico e em lobos inferiores sugestivo de infecção viral – COVID-19 com acometimento entre 50 e 75%. O paciente foi colocado em ventilação mecânica em modo volume controlado, com as seguintes programações no aparelho: Volume corrente de 360 mL; frequência respiratória de 30 incursões/minuto; pressão expiratória final (PEEP) de 12 cmH₂O; e fração inspirada de oxigênio de 0,8. A gasometria arterial colhida sob esses parâmetros mostrou: pH = 7,36; Pco₂ = 48 mmHg; Po₂ = 100 mmHg; e HCO₃⁻ = 28 mmol/L.

Assinale a alternativa com a conduta mais adequada ao caso.

- a. ☒ Colocação em posição prona por pelo menos 16 h e prescrever corticoide sistêmico.
- b. ☐ Manter parâmetros ventilatórios e prescrever tocilizumab.
- c. ☐ Realizar manobras de recrutamento alveolar e prescrever corticoide sistêmico.
- d. ☐ Manter parâmetros ventilatórios e prescrever corticoide sistêmico.
- e. ☐ Colocação em posição prona por pelo menos 16 h e prescrever azitromicina e hidroxiclóricoquina.

39. Uma paciente de 55 anos de idade com obesidade, hipertensão arterial sistêmica, refere que tem acordado com cefaleia e cansaço matinal. No questionário STOP BANG pontuou 6.

Assinale a alternativa com o exame complementar recomendado para a investigação dessa paciente.

- a. ☐ Espirometria
- b. ☒ Polissonografia
- c. ☐ Ecocardiograma
- d. ☐ Eletrocardiograma matinal
- e. ☐ Pletismografia com difusão de CO

40. Relacione abaixo os diferentes pacientes com tromboembolismo pulmonar (TEP) com a sua respectiva conduta.

Coluna 1 Paciente

1. Paciente com TEP e baixo risco de mortalidade.
2. Paciente com instabilidade hemodinâmica por TEP.
3. Paciente com TEP associado a sobrecarga de ventrículo direito ao ecocardiograma e troponina normal.
4. Paciente com TEP associado a sobrecarga de ventrículo direito ao ecocardiograma e elevação de troponina.
5. Paciente com dor torácica, dispneia e dessaturação em pós-operatório imediato de neurocirurgia, apresenta TEP na angiotomografia de tórax.

Coluna 2 Conduta

- () Anticoagulação intra-hospitalar com enoxaparina 1 mg/kg de 12/12 h.
- () Transferência para a unidade de terapia Intensiva e anticoagulação com heparina.
- () Tratamento ambulatorialmente com um novo anticoagulante oral.
- () Colocação de filtro de veia cava.
- () Terapia trombolítica.

Assinale a alternativa que indica a sequência **correta**, de cima para baixo.

- a. ☐ 1 • 4 • 5 • 4 • 2
- b. ☒ 3 • 4 • 1 • 5 • 2
- c. ☐ 4 • 2 • 1 • 5 • 3
- d. ☐ 4 • 2 • 3 • 5 • 1
- e. ☐ 5 • 2 • 3 • 4 • 1

**Página
em Branco.
(rascunho)**

**Página
em Branco.
(rascunho)**

**Página
em Branco.
(rascunho)**

Utilize a grade ao lado para anotar as suas respostas.

Não destaque esta folha. Ao entregar sua prova, o fiscal irá destacar e entregar esta grade de respostas que você poderá levar para posterior conferência.



GRADE DE RESPOSTAS

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	





FEPese

FUNDAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICOS

Campus Universitário • UFSC
88040-900 • Florianópolis • SC
Fone/Fax: (48) 3953-1000
<http://www.fepese.org.br>